**ARRETE MUNICIPAL**

**PORTANT ADMISSION PROVISOIRE EN SOINS PSYCHIATRIQUES**

**SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L’ETAT**

LE MAIRE DE LA COMMUNE DE ……………………………………………..

VU le code général des collectivités territoriales, notamment ses articles L.2212-1 et L.2212-2 ;

VU le code de santé publique, notamment les articles L.3213-1 et L.3213-2 ;

VU l’arrêté de délégation de signature en date du ***(le cas échéant)***……………………… ;

VU le procès-verbal établi par le Commissariat de police de (*ou la Gendarmerie de*) ……………….en date du …………………… ***(mention à supprimer le cas échéant)***

VU le certificat médical en date du …………… établi par le Docteur …………………… sollicitant l’admission en soins psychiatriques au titre de l’article L.3213-2 du code de la santé publique et précisant que ;

M/Mme ……………………………………………………

Né(e) le ……………….. à ………………………………………………………..

Demeurant ……………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

Souffre de troubles mentaux manifestes le/la rendant dangereux(se) pour lui/elle-même et pour autrui et qui nécessitent son hospitalisation en soins psychiatriques, notamment ***(IMPORTANT décrire les troubles)***

……………………………………………………………………………..……………….……………………………………………………………………………………………..…………….……………………………………………………………………………………………………………….. ;

**CONSIDERANT** que l’intéressé(e) a présenté des troubles du comportement qui représentent un danger imminent pour la sûreté des personnes dans les circonstances suivantes :***(Description détaillée des circonstances dans lesquelles les troubles se sont manifestés)***

……………………………………………………………………………………………………..……………

…………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

**CONSIDERANT** que ces circonstances nécessitent de prendre en urgence des mesures provisoires ;

**ARRETE**

Article 1 : Est ordonnée l’admission/la prise en charge en soins psychiatriques sous a forme initiale d’une hospitalisation complète de M/Mme………………………………… à (*nom de l’établissement de santé et commune d’implantation).*

Article 2 : Monsieur le Directeur du centre hospitalier *………….……* à ……………….. est requis d’admettre le/la susnommé(e) dans son établissement.

Article 3 : (*le cas échéant) «*Les forces de police ou de gendarmerie et ») le directeur de *(nom de l’établissement)* sont/est chargé(s) de l’exécution du présent arrêté.

Article 4 : Copie du présent arrêté et des pièces annexes sera immédiatement transmise à Monsieur le Préfet – Agence Régionale de Santé Occitanie (par mail à [ars-oc-spsc@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-spsc@ars.sante.fr)) ainsi qu’à Monsieur le Directeur du centre hospitalier………… de ………........

Fait à …………….., le ………………..

Signature

***(Cachet et précision du nom, prénom et titre du signataire)***

***Joindre l’arrêté de délégation de signature°***